Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 34 (2008)
Heft: 3

Artikel: Kontrollierter Konsum von Alkohol : ein Überblick
Autor: Radke, Thomas / Krebs, Marcel
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800657

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Kontrollierter Konsum von Alkohol – Ein Überblick

Das Paradigma der Abstinenz wird auch in der Schweiz in Frage gestellt. Mit dem Kontrollierten Trinken KT entstehen zunehmend weniger invasive Therapieansätze, die den PatientInnen Raum für die individuelle Zielgestaltung lassen. Ein langer und hart debattierter Prozess führte zu diesen Angeboten. Studien im Auftrag des BAG ergaben, dass bis heute eine grosse Uneinheitlichkeit bei den Begriffen und Methoden herrscht.[1]

THOMAS RADKE UND MARCEL KREBS*

Einleitung

Anfang der 1960er Jahre publizierte der britische Arzt D. L. Davies eine Studie über eine kleinere Anzahl von PatientInnen, die sich nach einer abstinenzorientierten Alkoholtherapie zu «normal» Trinkenden entwickelt hatten.[2] Dies war der Auftakt zu einer teilweise erbitterten Debatte, welche die Infragestellung des Abstinenzparadigmas bzw. eines deterministischen Krankheitskonzepts zum Thema hatte und z. T. immer noch hat. Im Kern geht es darum, ob andere Vorstellungen als die eines lebenslangen also unheilbaren, eventuell sogar genetisch bedingten Alkoholismus («Prädispositions-Faktor X») akzeptabel sind und wie damit therapeutisch umzugehen sei. Das Konzept des «kontrollierten» Konsums ist relativ jung und steht der herkömmlichen Auffassung entgegen, nach der sich AlkoholikerInnen gerade dadurch auszeichnen, dass sie ihren Konsum nicht kontrollieren können und in der Folge erhebliche Schädigungen ihrer Person, ihres Körpers und ihres Umfeldes verursachen. Alkoholismus und Kontrolle schliessen sich nach dieser Definition gegenseitig aus. Kontrollierter Konsum steht für die Rückkehr zu einem risikoarmen bzw. -ärmeren Alkoholkonsum, der nach einem ausgehandelten Trinkplan soweit reguliert wird, dass negative Folgen gemindert werden.

«Den» bzw. «die» AlkoholikerIn gibt es inzwischen nicht mehr: Erste grosse Repräsentativuntersuchungen in den 1970er Jahren zum Trinkverhalten in der Bevölkerung zeigen, dass sich die Formen des Alkoholkonsums zwischen den Polen «problemlos» und «schwerstabhängig» bewegen.[3] Die in der Vergangenheit übliche Fixierung auf die kleine Gruppe der Schwerstabhängigen wurde diesem Umstand nicht gerecht. Man reagierte gewissermassen auf die Spitze des Eisberges, während die Mehrheit der problematisch Konsumierenden, welche mit oder ohne professionelle Hilfe zu kontrolliertem Konsum fähig sind, unbeachtet blieb. Selbstheilungen – Verbesserungen des PatientInnenzustandes bei fehlender effektiver Behandlung[4] – im Zusammenhang mit Alkohol wurden bereits zahlreich dokumentiert.[5] Wenn Selbstheilung möglich ist, kann folgerichtig Alkoholsucht nicht eine Krankheit sein, die zwangsläufig fortschreitet. Es muss einen Mechanismus geben, der Menschen mit Alkoholproblemen davor bewahrt, Opfer ihrer angeblich übermächtigen Sucht zu werden.

Faktoren, die zu einer Abkehr vom Abstinenzkonzept führten

Schadensminderung: Die Übertragung des Konzeptes der Schadensminderung, welche in den 1980er und 1990er Jahren als Interventionszweig der Drogenhilfe entstand, sorgte für einen Perspektivenwechsel in der Alkoholtherapie.[6] Dieser gründete in der Einsicht, dass man problematischen Konsum nicht immer vermeiden kann. Stattdessen lassen sich Rahmenbedingungen im Sinne einer Risikominderung verändern. So wird bei schwer Trinkenden in bestimmten Situationen Risiko-reduziertes Trinken anstelle risikoarmen Trinkens zugelassen. Zwar ist Abstinenz bei diesen PatientInnen oft das bessere Ziel, doch ist KT das realistischere Zwischenergebnis, welches der Entwicklung der betroffenen Person förderlich ist (abgestufte Strategie bzw. stepped care[7]). Das Zwischenziel besteht hier in einer Schadensreduzierung und nicht so sehr in der Schaffung einer problemfreien Situation. Ein weiterer Effekt ist, dass KlientInnen länger in Therapie bleiben, wenn das Ziel KT statt Abstinenz lautet. Es gibt weniger Möglichkeiten zur Enttäuschung und Entmutigung, und die therapeutische Seite kann so u. U. länger einen förderlichen Einfluss nehmen. Für den Bereich der illegalen Drogen stellen in diesem Heft Rita Hubrich, Gebhard Hüsler, Walter Minder und Peter Tossmann

* Thomas Radke, Dipl.-Ing., MBA, Büro für sozial- und regionalwissenschaftliche Textproduktion, Lindauer Strasse 30, D-78464 Konstanz, 0049 (0)7531 45 41 86, joat-radke@gmx.de
Marcel Krebs, Soziologe und Sozialarbeiter, Redaktion Infoset*direct* Deutsche Schweiz, Redaktion SuchtMagazin, Wissenschaftlicher Assistent an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Institut Professionsforschung und kooperative Wissensbildung, Finkernstrasse 1, 8280 Kreuzlingen, Tel. 071 53 53 614, krebsmarcel@gmx.net, http://www.sozialarbeit.ch

das Cannabisprogramm *Realize it!* und Lars Stark das Angebot GAIN in Zürich vor. Einen historischen Überblick gibt Rudolf Stohler.

Rechtfertigungsdruck auf öffentliche Gelder: Zunehmender Finanzdruck zwang die TherapieanbieterInnen, bisherige Methoden kritisch zu hinterfragen und sich nach neuen Erkenntnissen umzusehen. Dazu gehörte u.a. die Einsicht, dass die Erfolgschancen bei von den KlientInnen selbst gesteckten Zielen deutlich höher sind als bei von aussen vorgegebenen und dass mit einer abgestuften Strategie mit attraktiven niedrigschwelligen Angeboten bislang nicht erreichte KlientInnengruppen angesprochen werden können.

Erfahrungen mit der Prohibition: Ein anderes Argument für das Kontrollierte Trinken resultiert aus der Ablehnung staatlicher Interventionen im Alkoholmarkt. Erfahrungen mit der Prohibition und die zu befürchtende Opposition breiter Bevölkerungsschichten lassen solche Eingriffe nur in einem sehr begrenzten Ausmass zu, schliesslich ist Alkohol auch ein tief verwurzeltes Kulturgut.

Akzeptanz der PatientInnen: Daneben hat sich die Medizin für weitergehende Kriterien der KlientInnenbeurteilung geöffnet. Zusätzlich zum Körper hat sie auch die Person in die Therapie integriert und ist dazu übergegangen, Therapieerfolge nicht nur an Leber- und Blutwerten zu messen, sondern auch am subjektiven Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit ihrer PatientInnen.

Weltanschauungen: Eine wichtige Rolle in diesem Prozess spielen die unterschiedlichen Weltanschauungen und Werthaltungen der ProtagonistInnen. Im Gegensatz zur Berauschung, die als fragwürdiges bis moralisch vorwerfbares Verhalten angesehen wird, gilt die Mässigung beim Alkoholkonsum als ein positives Gut. Das bekannte Erbauungsbuch «Pilgerreise» von John Bunyan[8] aus dem 17. Jahrhundert sowie andere religiöse Vorläuferwerke lassen das (nicht zu viel) Trinken von Alkohol als tägliche Charakterprüfung erscheinen. Zusammen mit permanenten Forderungen nach mehr Selbstkontrolle und Selbstverantwortung ergibt sich ein moralisch-ethisches Fundament, auf dem die modernen Pilgerreisenden ihre Selbstkontrolle und Vernunft mittels Kontrollierten Trinkens täglich immer wieder aufs Neue beweisen. Unter der Prämisse des Freien Willens erfährt das KT gegenüber der Abstinenz eine Höherbewertung, da die PatientInnen bei letzterer der Selbstkontrolle enthoben werden.
VertreterInnen des Kontrollierten Trinkens betrachten KT als eine moralische Leistung und als ein Sozialprogramm. Wie diese Entwicklung möglich wurde, soll im Folgenden nachgezeichnet werden.

Ein historischer Überblick

Die Debatte in den USA
Der oben erwähnte Artikel von D.L. Davies von 1962 bildete das erste schlagkräftige Argument gegen das dominante Abstinenzparadigma in

einem von der 12-Schritte-Ideologie der Anonymen Alkoholiker AA[9] beherrschten Behandlungssystem. Die vorwiegend heftigen Reaktionen auf den Text gipfelten in der These, dass die beschriebenen genesenen AlkoholikerInnen nie «echte» AlkoholikerInnen gewesen sein konnten. Die Ergebnisse wurden von den AA ernsthaft bekämpft, die eine Rückfallepidemie unter AlkoholikerInnen befürchteten, wenn diese – vergeblich – versuchten, kontrolliert zu trinken.

Ende der 1960er Jahre publizierte Pattison zwei Berichte über Erfolge mit Therapien, die nicht auf Abstinenz angelegt waren.[10] Da erste epidemiologische Studien erst Anfang der 1970er Jahre vorlagen, mangelte es bis zu jenem Zeitpunkt weitgehend an einer auf den Abhängigkeitsgrad bezogenen Differenzierung der PatientInnen. Auch zeigten andere Studien aus dieser Zeit, dass sich «AlkoholikerInnen» als Gruppe qualitativ nicht eindeutig von Nicht-AlkoholikerInnen abgrenzen lassen.[11] Vielmehr gibt es fliessende Übergänge. Da aber die meisten Therapien auf Schwerstabhängige ausgerichtet waren, überschritten PatientInnen mit geringer Abhängigkeit nur selten die Schwelle zu einer klinischen Behandlung.

Anfang der 1970er Jahre begann eine explizite Beschäftigung der Wissenschaft mit Menschen ohne schwere Abhängigkeitsproblematiken, von denen man annahm, dass sie sich besser für das Therapieziel KT eignen würden.[12] In den Studien konnten zahlreiche Erfolge von Kurzzeittherapien für solche KlientInnen nachgewiesen werden.[13]

Hexenjagd auf Sobell & Sobell mit Nachwirkungen

Die Vertreter des Abstinenz-Paradigmas liessen sich davon jedoch nicht überzeugen. Die Ergebnisse einer 1973 von Linda und Mark Sobell publizierten Studie,[14] in der die TeilnehmerInnen mit dem Studienziel KT im Follow-up eine erheblich höhere Anzahl abstinent gelebter Tage vorweisen konnten als die Teilnehmenden mit dem Therapieziel Abstinenz, wurde 1982 ernsthaft angezweifelt. Auf fünf unabhängig voneinander durchgeführte Studien der Sobells wurde sogar der Vorwurf des Wissenschaftsbetruges erhoben, welcher nebst einem Gerichtsverfahren auch eine Untersuchung durch den US-Kongress zur Folge hatte. Den Sobells konnten zwar keinerlei Unregelmässigkeiten nachgewiesen werden, doch die endgültige Rehabilitierung erfolgte erst im Jahr 1992. Die Vorwürfe entbehrten jeder wissenschaftlichen Grundlage und wurzelten eher in volkstümlichen Überzeugungen, die stark von der breiten Rezeption von Alcoholics Anonymous[15] geprägt waren.

Die populärwissenschaftlichen Kräfte erzeugten ein weltweites, die KT-Forschung nachhaltig dämpfendes Medienecho, was zur weit verbreiteten Ansicht führte, die Anschuldigungen seien berechtigt gewesen und eine Beschäftigung mit dem Thema könne die eigene Karriere gefährden.

Wissenschaftliche Erkenntnisse setzen sich langsam durch

1995 verfassten die Sobells einen Leitartikel in *Addiction* mit drei Schlussfolgerungen aus den bis dahin verfügba-

ren Forschungsergebnissen: Demnach ist Abstinenz bei schwerer und Kontrolliertes Trinken bei geringerer Alkoholabhängigkeit zu empfehlen. Die Sobells schlagen vor, ProblemtrinkerInnen bei der Festlegung ihres Therapieziels freie Wahl zu lassen, da die Vorgabe von Zielen laut ihren Ergebnissen keinen Einfluss auf das Therapieergebnis hat, während selbstverantwortlich gewählte Ziele mit grösserem Engagement verfolgt werden als fremdbestimmte.[16]
In einer randomisierten Multizenter-Studie in den USA mit dem Titel «Project MATCH» wurden 1999 drei verschiedene Therapien miteinander verglichen, die alle das Ziel Abstinenz verfolgten: zwölf Sitzungen des Zwölf-Schritte-Ansatzes, zwölf Sitzungen einer kognitiven Verhaltenstherapie und vier Sitzungen einer Motivationstherapie.[17] Man vermutete, dass weniger stark abhängige Patientinnen eher mit den kürzeren motivationsorientierten Therapien und schwerer Anhängige eher mit den längeren Methoden bessere Ergebnisse erzielen würden. Doch ein Zusammenhang zwischen Therapieintensität und Therapieerfolg konnte nicht nachgewiesen werden. Daraus folgte die Empfehlung, Kurzzeitbehandlungen auch für schwerabhängige PatientInnen anzubieten, wobei allerdings offen bleibt, in wie weit diese in der Lage sind, das Ziel KT zu erreichen. Warum Kontrolliertes Trinken nicht immer einfach und nicht für jede/n zu empfehlen ist, beschreibt Martin Sieber in dieser Ausgabe.

Internationale Forschung zur Akzeptanz von KT
Die Debatte wirkte auch in anderen Ländern nach, und so entstanden zwischen 1992 und 2005 etliche internationale Belege für die Akzeptanz von und Beispiele für die Umsetzung von KT bei Therapieeinrichtungen. Dabei fällt auf, dass die Akzeptanz bei ambulanten oder gemischten Einrichtungen höher ist als bei stationären. Auch ist die Akzeptanz vom Schweregrad der Abhängigkeit abhängig und davon, ob KT ein Zwischen- oder endgültiges Therapieziel darstellt. In Kanada stösst KT auf begrenzte Akzeptanz, obwohl verglichen mit den USA ein grösserer Anteil der BeraterInnen und TherapeutInnen Nicht-Abstinenzziele gutheissen. In Australien und einigen westeuropäische Ländern ergaben nationale Untersuchungen eine breite Akzeptanz und Verwendung als Therapieziel für ProblemtrinkerInnen. Auch in Skandinavien werden Nicht-Abstinenzziele akzeptiert. Ein grosser Teil der stationären und ambulanten Einrichtungen lässt ihren PatientInnen die freie Wahl der Therapieziele.[18]

Die Debatte in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum

Anfänge
Insgesamt lassen sich in der Schweiz zwei Phasen des Themas KT unterscheiden. Eine erste intensive Debatte begann Ende der 1970er Jahre ausgelöst durch den RAND Report[19] und erste KT-Studien von Sobell und Sobell.[20] Das Thema wird in schweizerischen Zeitschriften aufgegriffen und beim internationalen Kongress für Verhaltenstherapien 1978 in Wien behandelt. Typische Argumente für das KT waren die höhere soziale Akzeptanz, die Entstigmatisierung, die Zielattraktivität für die PatientInnen und damit verbunden, der Vorteil der Niederschwelligkeit. Die GegnerInnen hielten am Krankheitskonzept als entstigmatisierend fest und betonten, dass das Abstinenzziel eine einfache, verständliche Botschaft ist, die auch entlastend für das primäre soziale Umfeld wirkt. Letztlich steht das medizinische, progressive Krankheitskonzept mit der Annahme des Kontrollverlustes dem sozialwissenschaftlichen lerntheoretischen Modell des Trinkverhaltens gegenüber und bestimmt die emotionalen Kontroversen: BefürworterInnen von KT wurden als unverantwortliche ‚Bilderstürmer' verdächtigt und Skeptiker als ‚lebensferne Reaktionäre' bezeichnet.[21]

Erneutes Aufflammen und zunehmende Auseinandersetzung
Ende der 1990er Jahre wird durch das AkT-Programm von Körkel (siehe unten) erneut eine heftige emotionale Debatte losgetreten, die im Jahr 2000 auch im SPIEGEL und in PSCHOLOGIE HEUTE ihren Niederschlag findet. In Deutschland gaben im Jahre 2000 fünf grosse Selbsthilfeverbände eine gemeinsame Stellungnahme zur «Notwendigkeit einer lebenslangen Abstinenz für Alkoholkranke» ab.[22] Die «Aktion privater Initiativen gegen den Alkoholismus» startet eine Kampagne mit dem Logo «Kontrolliertes Trinken ... wie lange???» und in Deutschland erscheint 2001 eine Sondernummer der Zeitschrift SUCHT.[23] In der Schweiz widmeten sich zunehmend Fachtagungen und -publikationen dem Thema.[24] Schliesslich nahmen sich die Gruppe «Behandlung» der Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen EKAL – mit der Vergabe der hier zusammengefassten Studie an Klingemann et al. – und auch das schweizerische Bundesamt für Gesundheit BAG der Thematik an. Der aktuelle Diskussionsstand wurde auf der Konferenz «Moderate Use» vom 8./9. Mai diesen Jahres in Zürich präsentiert. Luis Falcato berichtet in diesem Heft von der Tagung.

Forschungs- und Diskussionsstand in der Schweiz und ausgewählten Nachbarländern

Forschung im Stationären Bereich
Katamnesestudien in der Forel-Klinik
Die wichtigsten Impulse für die schweizerische Forschung zum Kontrollierten Trinken gingen vom stationären Sektor aus. Bei einer von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA durchgeführten Katamnese[25] in der Forel-Klinik Ende der 1980er Jahre wurde es mit der Unterscheidung von Trinkstatus und Lebensstatus möglich, eine Verbesserung der Lebensumstände zu messen, welche sich nicht direkt aus dem Trinkverhalten errechnet, sondern auch andere Faktoren berücksichtigt. Beim Trinkstatus wurde zwischen Abstinenten, ProblemtrinkerInnen und Sozialen TrinkerInnen unterschieden. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wurde gefordert, zukünftig auch weitere zentrale Lebensbereiche zur Bestimmung des Therapieerfolges einzubeziehen.[26]
Eine Sieben-Jahres-Katamnese aus dem Jahr 1986 dehnte diese Erfolgskriterien der Behandlung auf weitere Bereiche wie die subjektive Lebensqualität aus. Dabei zeigte sich, dass diese nicht immer mit einer Verbesserung des Trinkstatus korreliert. So schätzten 22% der Rückfälligen ihre Lebensqualität als ausgezeichnet ein und es kam zum Konsum von Alkohol, ohne dass es sich um Rückfallgeschehen handelte. Daraus schlussfolgerten die Autoren, dass Abstinenzbrüche nicht in jedem Fall einen Rückfall in die Abhängigkeit bedeuten. Die Rückkehr zum kontrollierten Umgang mit Alkohol als Therapieziel sollte nicht ausgeschlossen werden.[27]

Einige Jahre später stehen im Jahr 2000 die Folgekatamnesen der Forel Klinik sogar zentral unter dem Motto «150 Jahre Alkoholismus: Ist Kontrolliertes Trinken wieder ein Thema?». KT wird in dieser Studie anhand von fünf Kriterien angenommen: a) maximal zwei bzw. drei Standarddrinks bei Frauen bzw. Männern pro Tag; b) keine aktuelle Abstinenz; c) keine wiederholten Räusche seit Entlassung; d) höchstens drei Tage Rückfall seit Entlassung; e) keine Abhängigkeitssymptome. 5,8% der Befragten entsprechen selbst dieser anspruchsvollen Definition, die im ambulanten Bereich voraussichtlich höher liegt. Ein Gruppenvergleich brachte viele Ähnlichkeiten der Kontrolliert Trinkenden mit den Abstinenten zu Tage. Sie zeigten eine Verbesserung der Arbeitssituation und des Selbstwertgefühls, aber auch eine hohe Rauschhaftigkeit und ein hohes Rückfallrisiko.[28]

Katamnesestudien im Spital Wattwil

Die Katamnesestudien im Spital Wattwil zwischen 2000 und 2003 definieren Kontrolliertes Trinken mengenmässig: nicht mehr als zwei dl Wein oder sechs dl Bier pro Tag bei Frauen und vier dl Wein oder zehn dl Bier bei Männern. Weitere Kategorien des Trinkverhaltens sind «Verbesserung», «Konsum gleich» und «Verschlechterung». Bei den Anschlusskatamnesen ergaben sich Anteile der kontrolliert trinkenden PatientInnen zwischen 5 und 23%. Bei genauerer Analyse der Studien wird deutlich, dass die Einschätzung von KT als Therapieergebnis sehr von den jeweiligen Operationalisierungen abhängt.[29]

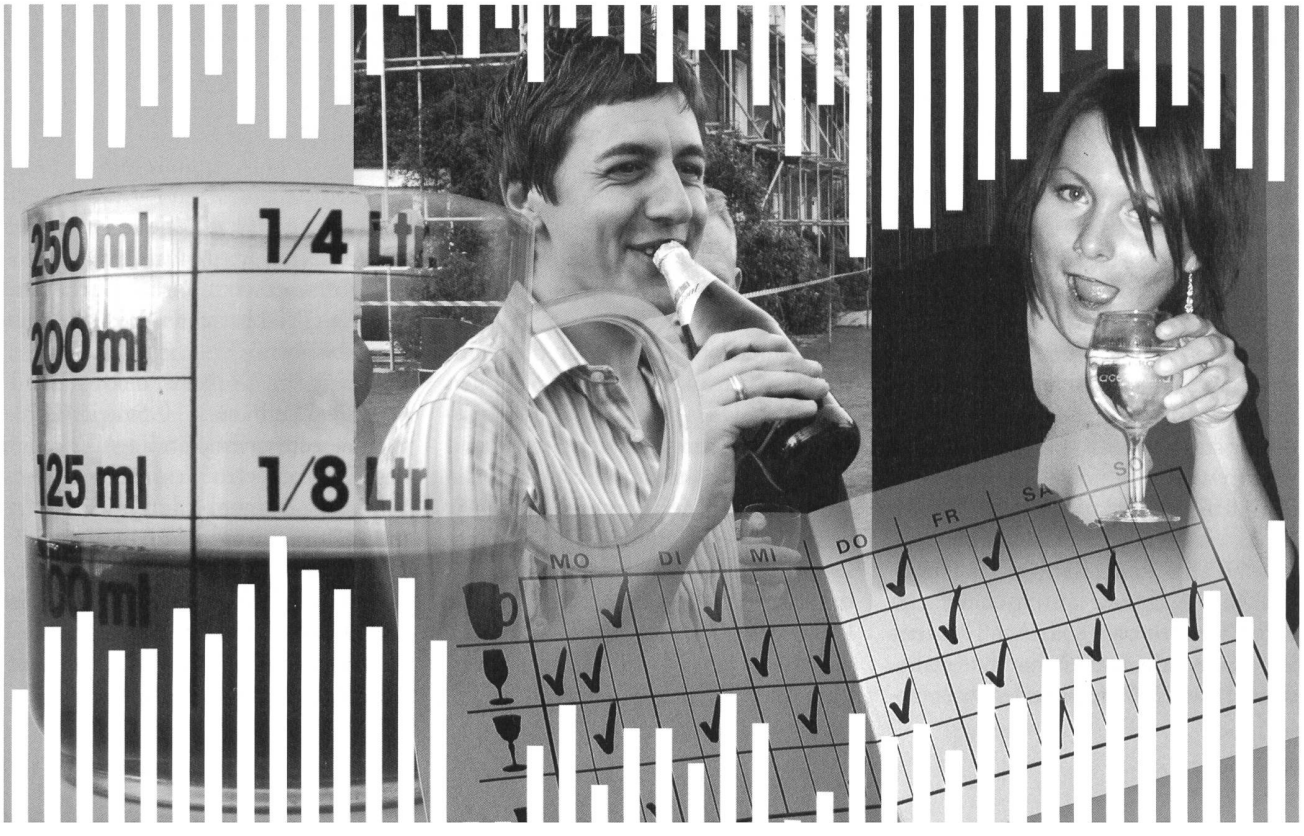
Ansätze im stationären Bereich

Der offizielle Tenor zum therapeutischen Ziel des KT im stationären Bereich kann mit «In manchen Fällen sinnvoll und trotzdem die Ausnahme» gut umschrieben werden. In führenden Fachkliniken der Schweiz wird es als Therapieziel mittlerweile grundsätzlich anerkannt und im Therapiekonzept als Teil der selbst bestimmten Therapiezielwahl berücksichtigt. Im Ausland ist das Brügger Modell nach Luc Isebaert als Beispiel mit freier Wahl des Therapieziels hervorzuheben. Kritisch bleibt anzumerken, dass im stationären Bereich kaum spezifische Gruppen- und Unterprogramme für PatientInnen mit einer KT-Zielsetzung angeboten werden. Da in stationären Einrichtungen meist Personen mit einem schwereren Abhängigkeitsgrad anzutreffen sind, bzw. diese hochselektiv rekrutiert werden, lassen sich dort nur relativ geringe Erfolgsquoten erreichen. Dies hat in der Vergangenheit zu einer vorsichtigen bis skeptischen Berichterstattung in den Medien geführt und das kontrollierte Trinken in Misskredit gebracht.

Die Erfolgschancen steigen, wenn das Ziel KT bereits am Beginn der Therapie verfolgt wird und eine Einmischung von Dritten, z. B. dem/der PartnerIn unterbleibt. Die Möglichkeiten sind jedoch begrenzt, da Trinkpläne in der Regel im therapeutischen Kontext nicht ausprobiert werden können, was deren Erstellung zu einer «Trockenübung» macht. Wir kommen unten darauf zurück. Das Thema KT ist daher vorrangig im ambulanten Bereich relevant.

Forschung im ambulanten Bereich

Im ambulanten Sektor liegen bisher kaum Forschungen vor, die sich primär mit KT befassen. 1987 gab es eine Studie von Noschis et al., die festzustellen versuchte, unter welchen Bedingungen und mit welchem Erfolg ein Instrument zur Selbstregulation des Alkoholtrinkens bei PatientInnen von AllgemeinärztInnen eingesetzt werden kann.[30] 84% der befragten ÄrztInnen stuften Selbstkontrollmethoden als sehr viel versprechend ein. Eine Sekundäranalyse der Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD aus dem Jahr 2003 liefert erstmals umfassend und repräsentativ Aufschluss nicht nur über die Therapiezielpräferenz der PatientInnen sondern auch über deren Bestimmungsgründe.[31] Dabei zeigte sich, dass mehr als die Hälfte (55%) der PatientInnen bei der Aufnahme keine lebenslange Abstinenz sondern eine zeitlich limitierte Abstinenz (22%) oder aber Kontrolliertes Trinken (19%) an-



streben. 13% waren unentschieden und 1,5% gaben offen an, ihren Konsum nicht ändern zu wollen. 45% wünschten sich eine lebenslange Abstinenz.
Die genaue Betrachtung der Therapiezieldeterminanten zeigte, dass die Zielwahl sehr stark von Behandlungsvorerfahrung, Hilfesucheverhalten, soziodemografischen Merkmalen, Alterseffekten und der Fremdeinschätzung des Therapeuten beeinflusst ist. Lebenslange Abstinenz wird vor allem von behandlungserfahrenen und älteren Personen verfolgt.

Ansätze im ambulanten Bereich
Ambulante Gruppen- und Einzelprogramme
Polli, Ketterer und Weber stellten Ende der 1980er Jahre erstmals ein Kursprogramm – im Rahmen von Einzel- oder Gruppentherapie – zum Erlernen von Kontrolliertem Trinken vor.[32] In sieben Kurseinheiten und vier Schritten werden eine Standortbestimmung, eine Abstinenzzeit und eine Hilfsmittel-gestützte Überprüfung der Strategien und Massnahmen (z. B. Konsumkontrollblatt, schriftliche Vereinbahrung) durchlaufen. Systematische Informationen über die Verbreitung und Anwendung dieses – in dieser Hinsicht vielleicht «zu frühen» – Ansatzes liegen leider nicht vor.
Das ähnlich aufgebaute «Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken» AkT von Joachim Körkel aus Deutschland erlebte im deutschsprachigen Raum ein ungleich grösseres Medienecho.[33] Im Zentrum dieses Ansatzes steht die Ausarbeitung und disziplinierte Einhaltung eines den Alkoholkonsum reduzierenden Trinkplanes. Ein wichtiges Hilfsmittel ist dabei das Trinktagebuch, in welchem die tatsächlich konsumierte Alkoholmenge im Vergleich zum Plan notiert wird. Die Ein-Jahres-Katamnese von 58 Nürnberger PatientInnen (davon 18 AlkoholmissbraucherInnen und 34 Alkoholabhängige, fünf Programmabbrüche) ergab eine durchschnittliche Erfolgsquote von 58%: Acht Prozent lebten ein Jahr nach Behandlung abstinent, rund 25% reduzierten ihren ursprünglichen Alkoholkonsum um mehr als 50%, rund 20% reduzierten ihren Konsum um 30 bis 50%. Ein Viertel hat sich kaum oder gar nicht gebessert.[34]
Im Rahmen von (Inhouse-)Seminaren wurden bis zum Jahr 2008 in der Schweiz 60 TrainerInnen im KT-Programm nach Körkel ausgebildet. In Deutschland liegt die Zahl zurzeit bei 600. Neben dem Gruppenprogramm gibt es seit 2003 auch das «Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken – EkT», das – wie das AkT – in zehn Einheiten systematisch die Kompetenzen zum kontrollierten Trinken vermittelt. Diese therapeutisch begleiteten KT-Programme treffen zunehmend auf eine gute Akzeptanz. Eine aktuelle Studie (2008) der Berner Gesundheit zeigt, dass ein Jahr nach der Durchführung eines KT-Programms 13,2% der ProgrammbeenderInnen abstinent leben und 50% eine Konsummengenreduktion von 30 und mehr Prozent aufweisen. Roger Gernet stellt in diesem Heft die Studie vor und beschreibt die Anwendung des Programms bei der Berner Gesundheit. Ein weiteres Modell welches in der Schweiz im ambulanten Setting angeboten wird, ist das Brügger Modell nach Luc Isebaert. Regula Rickenbacher stellt dessen Anwendung bei der Aargauischen Stiftung Suchthilfe vor. Ein ganz neues Modell – das aus Quebec adaptierte Programm Alcochoix+ – wird aktuell in der Romandie umgesetzt. Pascal Gache und Isabelle Girod berichten in dieser Ausgabe darüber.
Ebenfalls von Körkel ist das als Handbuch verfügbare «10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens». Dieses Selbstlern-Manual kann auch im Internet bestellt und anonym und ohne fremde Hilfe bearbeitet werden.[35] Es richtet sich an Personen mit überhöhtem Alkoholkonsum mit zumindest anfänglicher Ablehnung des Abstinenzziels. Zwischen Oktober 2002 und Juni

2003 bestellten 151 Personen das Programm, die mit einer anonymen Nachbefragung einverstanden waren. Von den 57 Antwortenden hatten fast zwei Drittel vorher noch nie andere Hilfen zur Bewältigung ihres Alkoholproblems in Anspruch genommen. Genauso viele würden die Methode uneingeschränkt weiter empfehlen. Die starken KonsumentInnen unter ihnen konnten ihren Konsum um rund 30 bis 50% senken. Die erforderliche hohe Selbstdisziplin wird dabei teilweise als «notwendiger Preis» und teilweise als Überforderung erlebt. Diese bewusste Erfahrung führte bei einigen NutzerInnen wiederum zu einer Entscheidung für Abstinenz und/oder zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe im Suchthilfesystem.

Trinken unter Kontrolle

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich kommt in den letzten Jahren vermehrt der Ansatz «Trinken unter Kontrolle» zum Einsatz. Klingemann definiert TuK als «Mengenmässig reglementierter oder freier Konsum bestimmter alkoholischer Getränke, zu vorbestimmten Zeiten, in einem geschützten, örtlich eingegrenzten Rahmen, im Beisein von Fachpersonen, unter Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln, zum Zwecke der Schadensbegrenzung und allfälliger Motivierung zur Verhaltensänderung».[36]
Im ambulanten Bereich gibt es gegenwärtig vereinzelt Einrichtungen, welche GassenalkoholikerInnen die Möglichkeit bieten, in einem geschützten Rahmen unter Einhaltung von Hausregeln (kein Schnaps, keine Gewalt, keine illegalen Drogen) Alkohol zu konsumieren. Diese Angebote folgen dem Ansatz der Schadensminderung und sind niederschwelling und suchtakzeptierend konzipiert. Sie bieten AlkoholikerInnen einen Aufenthaltsort, Überlebenshilfe und in der Regel auch Beratung. Wo diese Einrichtungen stärker in Richtung Empowerment ihrer BesucherInnen zielen (Förderung der Stärken und Fähigkeiten, damit die KlientInnen ihren Alltag möglichst selbstbestimmt gestalten können), arbeiten sie häufig ressourcen- und lösungsorientiert.
Ein wichtiges ordnungspolitisches Argument, dass man auch von Fixerstüblis kennt, ist die Entlastung des öffentlichen Raumes.
In Zürich ist das t-alk zu nennen,[37] in Bern gibt es das von ContactNetz betriebene La Gare[38] (jeweils Mitbringen von Bier und Wein erlaubt) und in Olten betreibt die regionale Suchthilfe die Stadtküche. Die dortige Praxis, die Stange Bier für 60 Rappen auszuschenken, geriet Ende Mai 2008 in den Fokus medialer Aufmerksamkeit.[39]
Im Heimbereich wird versucht, über die Reglementierung des Alkoholkonsums, (z. B. durch eine kontingentierte Abgabe zu bestimmten Zeiten) das Einschmuggeln von Alkohol und Trinkexzesse zu vermeiden. Beispiele sind etwa der Suneboge in Zürich und Schloss Herdern im Thurgau. Im Schloss Herdern zieht man, wie der Artikel von Edwin Bosshard in diesem Heft zeigt, nach zwölf Jahren mit kontrolliertem Alkoholausschank eine durchwegs positive Bilanz.
Eine frühe Ausnahme bildet das jurassische Hospiz Le Pré-aux-Boeufs welches bereits seit 1976 Pionierarbeit bei der kontrollierten Alkoholabgabe leistet. Dort erhalten AlkoholikerInnen täglich zwischen 13.00 und 17.00 Uhr im Restaurant bis zu Drei-Deziliter-Schoppen Wein oder drei grosse Flaschen Bier, womit bisher sehr gute Erfahrungen gemacht wurden.

Einstellungen und Wertungen von KT als Therapieoption bei Therapieanbietern in der Schweiz

Im Jahr 2005 untersuchte eine schriftliche Repräsentativbefragung erstmals die relative Bedeutung von KT in der aktuellen Suchtbehandlungspraxis der Schweiz aus Sicht der Behandlungsanbieter.[40] Dazu wurden 197 Leitungspersonen aus ambulanten und stationären Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz befragt:

Vorverständnis: Das Vorverständnis von kontrolliertem Trinken fällt bei den Behandlungsanbietern relativ diffus aus. Zentrale Elemente wie die Vereinbahrung eines Trinkplanes, die Mengenreduktion und die Empfehlung von Trinklimiten bezüglich Trinkmengen und Trinktagen ergaben teilweise grosse Abweichungen. Das Vorverständnis ist eher «konsumorientiert». Bei Abstinenzbegriff, Mengenangaben und Abstinenzintervallen gibt es eine grosse Bandbreite der Vorstellungen. Diese reichen von sechs Abstinenztagen und einem Glas Alkohol pro Woche bis zur Toleranz von vier bis fünf Standardeinheiten pro Tag.

Akzeptanz: Grundsätzlich gibt es eine breite Akzeptanz von KT als Therapieziel unter gewissen Voraussetzungen: zwischen 67 und 86% im stationären Bereich und etwa 90% in ambulanten Einrichtungen. KT wird jedoch als Zwischen- und Endziel bei Alkoholmissbrauch stärker akzeptiert als bei Abhängigkeit. Unter den Befragten lassen sich (noch) ca. 12% der Gruppe der VertreterInnen des Abstinenzparadigmas zuordnen. Insgesamt können drei Gruppen von Therapeuten danach unterschieden werden, wie weit sie für eine Mitbestimmung der KlientInnen bei der Therapiezielfestlegung und für die Anwendung von pharmakologischen Massnahmen plädieren:

- KT-freundliche partizipative SchadensbegrenzerInnen (19%)
- KT-neutrale partizipative «MedizinerInnen» (31%),
- KT-gemässigte nicht partizipative SchadensbegrenzerInnen (41%)

Im Durchschnitt befürworten 40% der Befragten eine freie Therapiezielbestimmung.
Obwohl 43% der Befragten KT als einigermassen oder völlig akzeptables Therapieziel einstufen, trifft man KT-Patienten – aufgrund des häufig geringeren Abhängigkeitsgrades – immer noch eher in ambulanten Einrichtungen an. Im stationären Bereich werden erwartungsgemäss häufiger Medikamente eingesetzt.

Diagnostik: Bei der Diagnostik spielen vor allem die Schwere der Abhängigkeit und das Kriterium Schwangerschaft eine entscheidende Rolle. Dabei stellt sich gerade in der KT-freundlichen und zugleich Medizin-ferneren ambulanten Praxis das Problem der trennscharfen Bestimmbarkeit des Abhängigkeitsgrades. Ein weiteres Problem stellen der nicht seltene multiple Substanzkonsum und damit verbundene Dualdiagnosen dar.

Angebote: Neben den klassischen Angeboten gibt es eine breite Palette nicht direkt KT-bezogener Angebote in welcher eine starke Kundenorientierung zum Ausdruck kommt (in jeweils 79 bis 97% der Einrichtungen). Dazu ist die starke Verbreitung der Motivierenden Gesprächsführung[41] bei 93% der Einrichtungen zu zählen, die auf die grosse Bereitschaft hinweist, Therapieziele prozesshaft auszuhandeln und damit gege benenfalls auch Vorbehalte

oder Präferenzen hinsichtlich KT in den Hintergrund zu stellen.
Der reale Einbezug von Alkohol und die Auseinandersetzung mit Trinkanreizen, zum Beispiel mittels therapeutischer Trinkstuben analog zur heroingestützten Behandlung bilden eine grosse Ausnahme – trotz verfügbarer unterstützender Forschungsbefunde. Hier scheinen politische Vorbehalte eine Rolle zu spielen.
Trotz der methodischen Vielfalt überrascht die geringe Verwendung von nachweislich wirksamen und ökonomisch attraktiven Gruppenangeboten.

Weiterbildung: Die Kenntnis von KT-Ansätzen und -methoden wurde zu 68% auf Vorträgen und Fachtagungen erworben. Schulungen aus dem inzwischen vielfältigen Weiterbildungsangebot machen 28% der Kenntnisse aus. 18% der Befragten weisen ein starkes Informationsengagement mit mehreren Informationsquellen auf. 12% hatten sich bis anhin noch gar nicht kundig gemacht. Die Situation hat sich seit dem Untersuchungsjahr durchaus geändert, wie aus einer ganzen Serie von Konferenzen und Weiterbildungsveranstaltungen seit 2007 deutlich wird: Trainingsprogramme in der Westschweiz, der erste internationale Kongress zur motivationsfördernden Gesprächsführung der in diesem Heft besprochene Moderation Kongress in Zürich und einschlägige Tagungen der Fachverbände sind hier zu nennen.

Was heisst nun Kontrollierter Konsum von Alkohol?

Trinkmuster und -umstände

Ab welchen Verhalten kann nun von kontrolliert gesprochen werden? Ist der bewusste Verzicht bereits ein kontrolliertes Verhalten? Auf diese Fragen gibt es aktuell keine abschliessende Antwort. Relativ einig ist man sich lediglich über die mit Risiko behafteten Dimensionen des Alkoholkonsums: Menge, Trinkmuster und Umstände des Konsums sowie die Funktion des Trinkens. Die definierten Standardgetränke enthalten in den meisten Ländern unterschiedlich viel Alkohol und die empfohlenen Maximalmengen weichen teilweise erheblich voneinander ab. Immerhin gibt es eine Definition der WHO (ein die tägliche Maximalmenge von drei Getränken mit je acht Gramm Alkohol – total 24 Gramm Alkohol – nicht überschreitender Konsum.) Bei den Trinkmustern muss beispielsweise auch in Betracht gezogen werden, dass sich auch Menschen ohne Alkoholprobleme gelegentlich betrinken, es gibt Toleranzphänomene und der Zweck des Trinkens lässt sich häufig besser sozial als über die Wirkung des Rausches bestimmen.[42]

Begriffliche Vielfalt

Daneben herrscht keine Einigkeit über den Begriff des Kontrollierten Trinkens. Es gibt inzwischen normales, soziales, problemfreies, kontrolliertes sowie

leichtes und gemässigtes Trinken. Im Ergebnis der Studien von Klingemann et al. wird der Begriff «Risikoarmes Trinken» vorgeschlagen. Für ihre Befragung im Jahr 2005 legten die AutorenInnen folgende Arbeitsdefinition von KT zu Grunde: «Kontrolliertes Trinken als diszipliniertes Trinkverhalten, welches sich an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet, d.h. ein Trinkverhalten, bei dem zuvor die Trinkmenge und die Trinkrahmenbedingungen (z.B. Zeit und Ort) festgelegt worden sind.»[43]

Trinkempfehlung

Im Ergebnis der Literaturauswertung und Befragung in der Schweiz plädieren die Autoren um Klingemann dafür, auf tägliches Trinken zu verzichten, um dieses nicht zur Gewohnheit werden zu lassen und die Gefahr der Entwicklung einer Alkoholtoleranz möglichst gering zu halten. Es wird ein Tageskonsum von maximal drei (für Frauen: zwei) Gläsern (pro Glas 13,6 Gramm Alkohol) an nicht mehr als vier Tagen pro Woche empfohlen. Eine solche Mengen- bzw. Häufigkeitsregelung ist gegenüber einer im Voraus festgelegten Wochenmenge vorzuziehen, da letztere einen grösseren Alkoholkonsum und möglicherweise unerwünschtes Rauschtrinken an einzelnen Tagen zulässt. Zusätzlich sollte bestimmten PatientInnen empfohlen werden, das Trinken unter bestimmten Umständen, zum Beispiel in Hochrisikosituationen, gänzlich zu meiden.

Trinktagebücher, Trinkpläne und risikomindernde Bedingungen

Es kann auch sinnvoll sein, risikomindernde Bedingungen festzulegen (z.B. das Trinken im Beisein einer Bezugsperson, nur Wein zum Abendessen in einem Restaurant, nur an Wochenenden) was letztendlich mit der Entwicklung eines Trinkplanes einhergeht. Häufig kommen auch Trinktagebücher zum Einsatz, in denen das Trinkverhalten und seine Umstände dokumentiert werden.

Fazit

Festzuhalten bleibt, KT und TuK konkurrieren nicht, sondern ergänzen das bestehende Behandlungsangebot. Sie schliessen die grosse Gruppe der ProblemtrinkerInnen, welche sich nicht als AlkoholikerInnen sehen, in das Modell der abgestuften Behandlung ein. Die Programme sind zwar in erster Linie nicht für Abhängige gedacht, allerdings mehren sich die Hinweise, dass KT-Programme auch für diese Gruppe durchaus wirksam sein können oder aber zumindest einen ersten Behandlungskontakt erleichtern, der später auch die Verfolgung einer individuellen Abstinenzzielsetzung fördern kann. Kontrolliertes Trinken kann so zu einem wichtigen Zwischenschritt auf dem Weg zur Abstinenz werden. Widerstände im professionellen Bereich gründen letztlich auf einem Menschenbild des oder der Abhängigen als nicht entscheidungsfähiger Person mit wenig ausgeprägtem Änderungspotential. Hinzu kommt die Fixierung auf Konsumveränderung als einzigem Behandlungserfolgskriterium. Unter dieser Prämisse wird Kontrolliertes Trinken zu einer Abstinenzgefährdung und «Entschuldigung» für das Weitertrinken.[44]

Trinken unter Kontrolle in spezialisierten Einrichtungen und in stationären Wohn- und Arbeitsstätten dient zunächst der Schadensreduktion, kann aber auch ein erster Schritt zur Verfolgung weitergehender Therapieziele sein. Eine erfolgreiche Einführung von KT-Gruppen setzt ein entsprechendes Marketing und geeignete Botschaften voraus, welche jegliche Stigmatisierung vermeiden. Darüber hinaus gilt es, auch Angehörige und ArbeitgeberInnen davon zu überzeugen, dass nicht nur Abstinenz aus der Sucht führt. Andernfalls werden KT-Angebote nicht genutzt, weil die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld fehlt. Die Praktizierung von KT-Programmen im stationären Rahmen steht bislang noch aus. Hierzu mögen politische Gründe, aber auch die Annahme der Abstinenzgefährdung durch solche Programme unter einem Dach beitragen; eine Annahme, welche bis anhin noch keiner empirischen Überprüfung unterzogen wurde. ■

Literatur

- **Allen et al. (1999):** Summary of Project MATCH. Addiction 4, Nr. 1, S. 31-34.
- **Amor, D.J./Polich, J./Stambul, H. (1977):** The «Rand Report» – a response to comments, Journal of Studies on Alkohol 38, S. 152-153.
- **Anonymous (1939):** Alcoholics Anonymous. New York: Works Publishing Inc.
- **Bien, T.H./Miller, W.R./Tonigan, J.S. (1983):** Brief interventions for alcohol problems: A review. Addiction 88, S. 315-336.
- **Bunyan John (1922/91):** Pilgerreise zur seligen Ewigkeit – Vollständige Ausgabe mit einer kurzen Lebensbeschreibung des Verfassers und 19 Abbildungen. Lahr: Telos Taschenbuch Verlag.
- **Cahalan, D./Room, R. (1974):** Problem drinking among American men. Rutgers Center of Alcohol Studies: New Brunswick.
- **Davies, D. L. (1962):** Normal drinking in recovered alcohol addicts. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 23, S. 4-104.
- **Heather, N. (1986):** Minimal treatment interventions for problem drinkers. S. 171-186 in G. Edwards (Ed.): Current issues in clinical psychology: Vol. 4. New York: Plenum.
- **Heather, N./Robertson, I. (1983):** Controlled drinking. New York: Methuen.
- **Heil, K.D./Jaensch, H.U. (1978):** Weniger Alkohol- Ein Programm zur Selbstkontrolle. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- **Jansen, H.-J. (2000):** Stellungsnahme der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände zum ‚Ambulanten Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken AkT». 26.10.2000. URL: http://www.alkohol-hilfe.de/umfrage_kt/Stellungsnahme_1.htm. Zugriff: 29.05.2008.
- **Ihlefeld, U. (1999):** Kontrollierte Alkoholvergabe. S. 233-243 in: Zerdick, J. (Ed.), Entwicklungen in der Suchtmedizin. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS 6.-8. November 1998 Berlin. Berlin: VWB
- **Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L., & Sobell, M. (2004):** Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandsaufnahme des aktuellen Wissens. Literatur und Expertenbericht zum Modul A. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA).
- **Klingemann, H., Rosenberg, H., Schweizer, B., Schatzmann (2005):** Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung. Schlussbericht Teilprojekt B. Bern: Berner Fachhochschule Soziale Arbeit.
- **Klingemann (2008):** Kontrolliertes Trinken – Trinken unter Kontrolle. Einführung. Folienpaket. 21. bis 23. Mai 2008, Dübendorf.
- **König, D./Wehmhöner, M (2004):** Das 10-Schritte-Programm zum kontrollierten Trinken. Die BKK 3, S. 115-118.
- **Körkel, J. (2000):** AkT: Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken. Grundlagen, Programmmerkmale und erste Befunde. Konturen 21, Nr. 5, S. 18-22

- **Körkel, J. (2004):** Kontrolliertes Trinken: Grundlagen – Kompetenzen – Programme – Ergebnisse – Folgerungen. Foliensatz. GK Quest Akademie. Heidelberg.
- **Maffli, E. (1986):** 7 Jahre nach der stationären Behandlung: Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese von Alkoholabhängigen. Abhängigkeiten 3, S. 5-25.
- **Maffli, E./Kuntsche, S./Delgrande Jordan, M. (2003):** Drinking goals of outpatients with alcohol-related problems in the Swiss care supply. Paper presented at the 2nd. Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society fpr Social and Epidemiological Research on Alcohol. Krakow.
- **Meyer, T. et al. (2000):** Das Therapiekonzept der Forel-Klinik. Forel-Klinik. Ellikon a. D. Thur.
- **Noschis, K. (1987):** Une approche thérapeutique nouvelle du buveur excessif oblige aussi à changer de héros de conte. Paper presented at the Colloque «Manières de Boire». Rennes.
- **Orford, J./Oppenheimer, E./Edwards, G. (1976):** Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. Behaviour Research and Therapy 14, S. 40-418.
- **Pattison, E.M. (1966):** A critique of alcoholism treatment concepts: With special reference to abstinence. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 27, S. 4-71.
- **Pattison, E.M./Sobell, M.B./Sobell, L.C. (1977):** Emerging concepts of alcohol dependence. New York: Springer.
- **Polli, E./Ketterer, H./Weber, E. (1989):** Kursprogramm Kontrolliertes Trinken. Sozialarbeit & Suchtprobleme 3, S. 125-133.
- **Roizen, R./Cahalan, D./Shanks, P. (1978):** Spontaneous remission among untreated problem drinkers. S. 197-221 in: D. B. Kandel (Ed.), Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues. Washington, DC.
- **Sobell M. B./Sobell L. (1973):** Alcoholics treated by individualized behaviour therapy: One year treatment outcome. Behaviour Research and Therapy, 11/4, S. 599-618.
- **Sobell und Sobell (1978):** Evaluating the external validity of Ewing and Rouse. British Journal of Addiction 73, S. 253-259.
- **Sobell M. B./Sobell L. (1995):** Controlled Drinking after 25 years: How important was the great debate? Addiction 90, S. 1149-1153.
- **Sobell, L.C. /Ellingstad T.P./Sobell M.B. (2000):** Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. Addiction 95, Nr. 5, S. 749-764.
- **Sobell M. B./Sobell L. (2008):** Folienpaket und Vortrag an Tagung «Moderater Gebrauch als Behandlungsziel – Integration statt Ausgrenzung», 8./9. Mai 2008 in Zürich. URL: http://www.puk-west.uzh.ch/de/pdf/moderat_use/sobell.pdf, Zugriff 29.05.2008
- **Spinatsch, M. (1991):** Die Prognose der Langzeitverläufe für Drop-outs am Beispiel von stationär behandelten alkoholabhängigen Männern in einer deutschschweizer Klinik. Drogalkohol 15, S. 13-28.
- **Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2001):** PSA-Katamnese für das Jahr 2000. Wattwil.
- **Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2002):** PSA-Katamnese für das Jahr 2001. Watwil.
- **Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung (2003):** Auswertung Statistik 2002. Wattwil.
- **Watzel, H. (1983):** Kontrolliertes Trinken als Alternative für Alkoholabhängige? In Faust (Ed.): Suchtgefahren unserer Zeit. Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Endnoten

1 Dieser Artikel fasst im wesentlichen zwei Studien im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG zusammen, die das Ziel hatten, den aktuellen Wissensstand zu KT, Verbreitung, Akzeptanz und Umsetzung von KT als Behandlungsziel in der Schweiz empirisch zu fassen (Klingemann et al 2004 und 2005), und ergänzt diese mit aktuellen Entwicklungen in der Forschung und Praxis. Besonderer Dank geht dabei an Harald Klingemann und an Dieter König von der GK Quest Akademie.

2 Davies 1962

3 z. B. Cahalan/Room 1974, Pattison et al. 1977

4 Roizen/Cahalan/Shanks 1978

5 Aus einer Metaanalyse von 38 Untersuchungen ergibt sich, dass bei 79% der Alkoholstudien und bei 46% der Drogenstudien die Rückkehr zu risikoarmen Konsumformen im Verlauf des Selbstheilungsprozesses beobachtet wird (Sobell et al. 2000: 758).

6 vgl. SuchtMagazin 01/2008 zum Thema Schadensminderung

7 eine langsame und begründete Steigerung der Behandlungsintensität

8 Bunyan 1922/91

9 Das Zwölf-Schritte-Programm ist ursprünglich das Abstinenz-Unterstützungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA). Dieses Programm, auf dem die überwiegende Mehrheit der damaligen Alkoholtherapien in den USA basierte, geht davon aus, dass Menschen mit Alkoholproblemen dem Alkohol machtlos ausgesetzt sind.

10 u.a. Pattison 1966

11 Cahalan/Room 1974, Pattison et al. 1977

12 u.a. Pattision et al. 1977

13 u.a. Oxford/Oppenheimer/Edwards 1976 und Bien/Müller/Tonigan 1983, Heather 1986, Heather/Robertson 1983

14 Sobell/Sobell 1973

15 Anonymous 1939

16 Sobell und Sobell 1995

17 Allen et al.1999

18 vgl. Klingemann et al. 2004

19 Amor/Polich/Stambul 1976

20 Sobell & Sobell, 1973 und 1978

21 vgl. Watzel 1983

22 Dies sind: Blaues Kreuz Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund. Die Stellungnahme richtet sich dabei explizit gegen das «Ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken» (AkT) nach Körkel. Vgl. Jansen 2000

23 Sucht, Volume 47 (2001), Heft Nr. 4

24 z. B. eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Abstinenz und KT von Polli, Ketterer und Weber im Jahr 1989, eine KT-Tagung der Forel-Klinik im Jahr 1999, Mitgliederversammlungen, Fachtagung und Seminar des A+S Verbandes in den Jahren 2000 und 2001, Fachtagung der Basellandschaftlichen Beratungsstellen für Alkohol- und andere Suchtprobleme und das Appenzeller Suchtsymposium 2004 in Herisau.

25 Katamneseuntersuchungen wurden häufig als Leistungsausweis von Behandlungseinrichtungen mit Blick auf den wachsenden Druck von Effizienz- und Kostenkriterien konzipiert. In Konsequenz der oben geschilderten Debatte konzentrierten sich diese Untersuchungen häufig auf den Prozentanteil der erfolgreichen – dauerhaft abstinenten – Patienten und werteten alle davon abweichenden Ergebnisse global als Misserfolg. Die Möglichkeit des Kontrollierten Trinkens wurde meist nur am Rande behandelt.

26 Spinatsch 1991

27 Maffli 1986

28 Vgl. Meyer et al. 2000

29 Vgl. Spital Wattwill 2001; 2002; 2003

30 Vgl. Noschis 1987

31 Maffli/Kuntsche/Delgrande 2003

32 Polli/Ketterer/Weber 1989

33 Körkel 2000

34 Körkel 2004

35 http://www.kontrolliertes-trinken.de

36 Klingemann 2008

37 http://www.stadt-zuerich.ch/internet/sd/home/sucht/ueberlebenshilfe/t_alk.html

38 Ein Kurzbeschrieb von La Gare ist in diesem Heft auf Seite 29 zu finden. La Gare im Internet: http://www.contactnetz.ch/de/la_gare_aufenthaltsraum_fuer_alkoholiker_content---1--1060--1406.html

39 siehe SonntagsZeitung, 26. Mai 2008, Seite 8: Mit preiswertem Bier wird gegen die Sucht gekämpft. Neue Ansätze in der Suchthilfe für Alkoholiker spalten die Schweiz.

40 Klingemann et al. 2005

41 Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) wird definiert als ein direktiver, klientenzentrierter Beratungsstil mit dem Ziel, intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenz aufzubauen. Das Konzept wurde ursprünglich zur Beratung für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt.

42 Falcato weist in seinem Artikel darauf hin.

43 Klingemann et al 2005, S. 22

44 Vgl. Sobell & Sobell 2008